Aus der chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses
Moabit in Berlin.
Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. M. Borchardt

Ueber chronische Osteomyelitis

Auszug aus einer Schrift

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

bei

der medizinischen Fakultät

der

Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Unversität zu Breslau

vorgelegt von

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Walther Kalkowski
Arzt in Berlin

Berlin 1921
EMIL EBERING
Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

Berichterstatter: Prof. Dr. Küttner.

Die akute Osteomyelitis ist im allgemeinen leicht festzustellen. Dagegen bereiten der Erkennung meist erhebliche Schwierigkeiten die Erkrankungen an chronischer Osteomyelitis. Diese lassen sich in 2 Gruppen einteilen. Zur ersten gehören die atypischen Ausgangsformen der akuten Osteomyelitis: die Osteomyelitis serosa, der chronische zentrale Knochenabszeß und die sklerosierende nicht eitrige Osteomyelitis. Die 2. Gruppe umfaßt die von vornherein subakut oder chronisch verlaufende Osteomyelitis.

Nach einer allgemeinen Darstellung dieser verschiedenen Formen wird ein besonderer Fall von chronischer Osteomyelitis mit der recht seltenen Lokalisation am Oberschenkel, Oberarm und Schlüsselbein beschrieben. Er wurde im Städtischen Krankenhaus Moabit in Berlin beobachtet und wies folgende Besonderheiten auf. Die Erkrankung setzte im Januar 1920 ganz schleichend ein mit geringen Schmerzen in der r. Hüfte, die auch in der Folgezeit nicht erheblich waren. Da Veränderungen an der Hüfte nicht vorhanden waren, lautete die Diagnose auf Rheumatismus. 4 Wochen später trat eine erhebliche Entzündung der Weichteile an der r. Hüfte auf. In einem Krankenhaus hielt man jetzt das Leiden für eine Influenza. Unter Bettruhe des Kranken und heißen Umschlägen gingen alle Veränderungen ohne Eiterbildung zurück. Es bildete sich aber eine Verkürzung des r. Oberschenkels aus, die man auf eine Luxation im Hüftgelenk zurückführte. Nach einer Behandlung von 3 Monaten schien der Kranke geheilt. Jedoch schon bald verspürte er wieder Schmerzen im r. Oberschenkel, und schmerzlos entstand am l. Oberarm eine Verdickung des Knochens. So kam er in das Krankenhaus Moabit. Hier bildeten sich ganz langsam am l. Oberarm, l. Schlüsselbein und r. Oberschenkel Abszesse. Dabei trat aber nie auch nur die geringste Temperaturerhöhung auf; der Kranke klagte auch niemals

über Schmerzen und Druckempfindlichkeit. Die den Abszessen zu Grunde liegenden Knochenerkrankungen heilten bis zum Dezember 1920 aus, am Oberarm nach Entfernung eines Sequesters, am Schlüsselbein nach einer Auskratzung, am Oberschenkel ohne Eingriff, obwohl hier die Veränderungen recht erheblich und eigenartig waren. Das Röntgenbild wies nämlich eine teilweise Zerstörung der Kortikalis und eine diffuse Knochenwucherung am obersten Teile der Diaphyse auf. Es zeigte weiter, daß das Hüftgelenk unverändert war, der Hals des Femur aber rechtwinklig zum Schaft stand. Es war also in der 1. Krankheitszeit, obwohl keine Eiterbildung eintrat, der Entzündungsprozeß am Knochen doch so stark gewesen, daß sich eine Epiphysenlösung ausbilden konnte.

Die Diagnose einer chronischen Osteomyelitis stand in unserem Falle nicht von vornherein fest. Der schleichende Verlauf sowie die völlige Schmerz- und Fieberlosigkeit ließen zunächst an Tuberkulose denken. Aber die Feststellung von Staphylokokken und das Auffinden eines glatten Sequesters am Oberarm ließen später erkennen, daß eine Osteomyelitis vorlag.

Andere Fälle haben Aehnlichkeit mit dem Knochensarkom oder der Knochensyphilis. Die Erkennung der chronischen Osteomyelitis kann daher rein klinisch oft große Schwierigkeiten machen. Das Röntgenbild, die bakteriologische Untersuchung und die histologische Untersuchung von exzidierten Gewebsstücken müssen zur Stellung der Diagnose meist herangezogen werden. Aber auch diese Hilfsmittel können versagen oder sogar zu falschen Annahmen verleiten. Es bleiben so, wenn auch nicht sehr häufig, Fälle von chronischer Osteomyelitis übrig, die weder klinisch noch röntgenologisch, histologisch und bakteriologisch gedeutet werden können. Hier bringt oft Aufklärung die Antistaphylolysinreaktion. Sie hat zur Grundlage die Eigenschaft der Staphylokokken, ein Hämolysin zu bilden, das im menschlichen Körper ein Gegengift, das Antistaphylolysin, erzeugt. Dieses ist bereits im normalen Menschenserum in geringer Menge vorhanden. Können wir es in vermehrter Menge im Serum eines Kranken nachweisen, so können wir folgern, daß der Betreffende an einer Staphylokokkeninfektion leidet.

Die Antistaphylolysinreaktion nach der Methodik von Ho-

muth fällt bei den Erkrankungen an Osteomyelitis stark positiv aus; unbedeutende Weichteileiterungen dagegen und fistelnde Tuberkulosen reagieren negativ oder nur ganz schwach positiv. Warum besonders die Osteomyelitiden so stark reagieren, wissen wir nicht genau. Jedenfalls ist es aber von Vorteil, bei allen Knochenerkrankungen unklaren Ursprungs die Antistaphylolysinreaktion auszuführen.

Lebenslauf.

Ich, Walther Kalkowski, Sohn des verstorbenen Geheimen Regierungsrats Caesar Kalkowski und seiner Ehefrau Martha, geb. Weicher, wurde am 16. 8. 1890 in Posen geboren, bin preußischer Staatangehöriger, evangelischen Glaubens. Ich besuchte das Friedrich-Wilhelms-Gymnasium in Posen, das ich Ostern 1909 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Auf den Universitäten in Freiburg i. Br. (1. Semester), Berlin (2. Semester) und Breslau (3.—10. Semester) widmete ich mich dem Studium der Medizin. Am 31. 5. 1914 bestand ich die ärztliche Prüfung in Breslau. Vom 29. 6. 1914 bis zum Ausbruch des Krieges war ich Medizinalpraktikant an der pathologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Posen. Am 5. 10. 1914 erhielt ich die Approbation als Arzt. Während des Krieges war ich vom 3. 8. 1914 bis 20. 10. 1915 auf der chirurgischen Abteilung des Hauptfestungslazaretts in Posen, dann bis zum Waffenstillstand im Felde bei verschiedenen Truppenteilen und in 2 Feldlazaretten tätig. Vom 13. 4. 1919 bis 1. 9. 1920 war ich Hilfsarzt bei dem Facharzt für Nasen-, Ohren- und Kehlkopfkrankheiten Herrn Sanitätsrat Dr. Dahmer in Posen. Am 24. 9. 1920 wanderte ich nach Berlin aus. Zur Zeit bin ich bemüht, eine Hilfsarztstelle an einer Klinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke zu erlangen.